乳幼児用 日本脳炎予防接種予診票兼接種・非接種通知書
QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO DA ENCEFALITE JAPONESA

3

Idade alvo para 1ª Fase (de 6 meses até antes de completar 7 anos e 6 meses de idade)
Preencha os espaços em branco e circule o item correspondente
(principalmente os quadros em negrito)

回数	第1期初回		第1期追加分
	1回目	2回目	
	11	12	14

Data da vacinação 申込年月日	Ano年　Mês月　Dia日			
Endereço 住所	Hamamatsu-shi		Temperatura 診察前の体温	℃
			Telefone 電話	
フリガナ Nome da criança 受ける人の氏名		Sexo 性別 ( ) M 男 ( ) F 女	Data de Nascimento 生年月日	ano 年　mês 月　dia 日生
Nome do responsável 保護者の氏名				anos 歳　e meses ヵ月

Perguntas	*Respostas*		*Dr.*
Você leu e compreendeu o explicativo「Vacinação e saúde infatil」sobre a vacinação que irá efetuar hoje? 今日受ける予防接種について「予防接種と子どもの健康」を読み、理解しましたか	Não いいえ	Sim はい	
Sobre o desenvolvimento da criança: あなたのお子さんの発育歴についておたずねします Peso ao nascer ( ) g 出生体重　Teve complicações no parto? 分娩時に異常がありましたか Teve complicações nos primeiros meses de vida? 出生後に異常がありましたか Nos exames médicos infantis, já foi detectado algum problema? 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	Sim Sim Sim	Não Não Não	
Está com algum problema de saúde hoje? 今日体に具合の悪いところがありますか Caso sim, escreva os sintomas : 具体的な症状を書いてください ( )	Sim	Não	
Esteve doente nestes últimos trinta dias? 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか Caso sim, nome da doença 病名 ( )	Sim	Não	
Nestes últimos trinta dias, alguém próximo(familiares, amigos) teve doenças como sarampo, rubéola, catapora, caxumba, etc? 最近1ヵ月以内に、家族や遊び仲間に、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか Caso sim, nome da doença 病名 ( )	Sim	Não	
Efetuou alguma vacina nestes últimos trinta dias? (Caso sim, escreva a data e circule o tipo da última vacina) 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか (受けた場合には最後に接種した年月日とワクチンの種類に〇を記入してください) Data接種年月日 ano年 mês月 dia日 ・Hib ヒブ ・Pneumocócica Infantil 小児用肺炎球菌 ・Hepátite B B型肝炎 ・Tetravalente (Triplice) 4(3)混合 ・BCG ・Sarampo/ Rubéola 麻しん/風しん ・Varicela 水痘 ・Encefalite Japonesa 日本脳炎 ・Outros その他 ( )	Sim	Não	
Desde o nascimento até agora, sofreu tratamento de anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, neuroló gica, imuno-deficiência ou outra doença grave? Está tendo acompanhamento médico? 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか Caso sim, nome da doença 病名( )	Sim	Não	
O médico que faz o acompanhamento desta doença, autorizou a vacinação de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	Não	Sim	
Já teve convulsões? ひきつけを起こしたことがありますか Caso sim , com que idade? ( ) anos 歳頃	Sim	Não	
Apresentou febre na ocasião? そのとき熱が出ましたか	Sim	Não	
Já teve urticária ou passou mal com a ingestão de algum alimento ou medicamento? 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか Caso sim, qual alimento ou medicamento? 薬・食品名 ( )	Sim	Não	
Tem algum parente próximo que foi diagnosticado como imuno-deficiência congênita? 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim	Não	
Já passou mal alguma vez após a vacinação? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか Caso sim, qual o tipo da vacina? 予防接種の種類 ( )	Sim	Não	
Algum parente próximo já passou mal após a vacinação? 近親者に接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	Sim	Não	
Tem alguma dúvida com relação à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim	Não	

医師の記入欄 Uso médico			
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は Através do questionário e do resultado da consulta médica, a vacinação de hoje será:	**3可能 Possível**	**2見合わせる Adiada**	医師のサイン *Assinatura do médico*
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 Expliquei ao responsável, quanto a eficácia e os efeitos colaterais da vacina, inclusive sobre o Sistema de Compensação por danos a saúde causados pela vacina.			**(注)ワクチンの種類・有効期限を要確認**

Após exame e explicação médica, ciente da sua eficácia, objetivo, possíveis efeitos colaterais graves e do Subsídio por Danos à Saúde Causados pela vacinação etc. concorda com a vacinação?	**Sim** 同意します	**Não** 同意しません	*Assinatura do responsável* 保護者自署
Este questionário tem como objetivo assegurar a qualidade da vacinação preventiva. Ciente deste fato, concordo que este questionário seja apresentado à cidade de Hamamatsu.			

使用ワクチン	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
ワクチン名 Lot No. **(注)有効期限が切れていないか要確認**	(皮下接種) **3歳未満 0.25mL** **3歳以上 0.5mL** 該当欄に〇	実施場所 医 師 名 接種年月日(非接種判定日)　年　月　日